



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

DECRETO N. 53 DEL 29.06.2018

OGGETTO: Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti la macroarea Sociosanitaria: RSA e CD, Salute Mentale, Hospice e SUAP.

(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 10/07/2017, acta xi "definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con la normativa vigente in materia e con quanto previsto al punto i")

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)" e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20 marzo 2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario *ad acta* il dott. Joseph Polimeni e quale subcommissario *ad acta* il dott. Claudio D'Amario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del SSR campano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

VISTA la comunicazione assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 febbraio 2018, con la quale il subcommissario *ad acta* dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

VISTA la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017, che:

- assegna *“al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente”*;
- individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come *acta* ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto xi) la *“definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con la normativa vigente in materia e con quanto previsto dal punto i [riorganizzazione della rete ospedaliera]”*;

RICHIAMATI

- il comma 80 dell' articolo 2, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 secondo cui *“Gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la Regione, che e' obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”*;
- il comma 231 bis dell' articolo 1 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 così come introdotto dal comma 34, dell'articolo 1, della legge regionale 4 agosto 2011, n. 14 secondo cui: *“il Commissario ad acta, nominato ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159 , convertito con modificazioni, in legge 29 novembre 2007, n. 222, individua, con proprio decreto, le norme regionali in contrasto con le previsioni del piano di rientro dal disavanzo sanitario e con quelle dei programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88 della legge 191/2009 e dispone la sospensione dell'efficacia degli eventuali provvedimenti di esecuzione delle medesime. I competenti organi regionali, entro i successivi sessanta giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.C. del decreto di cui al presente comma, provvedono, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 2, comma 80 della legge n. 191/2009, alla conseguente necessaria modifica delle disposizioni individuate, sospendendole o abrogandole”*;
- la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, *“ nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come “ordinanze emergenziali statali in deroga”, ossia “misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla*



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

completa attuazione del piano di rientro”;

PREMESSO che

a) che l'art. 8 quinquies del D.L. 502/1992 e s.m. e i. disciplina i rapporti per la fornitura di prestazioni con i soggetti accreditati stabilendo in particolare al comma 2 che la Regione e le Aziende Sanitarie Locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, in cui vengono indicati:

- il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima azienda sanitaria locale si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
- i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

b) il DCA n. 85/2016 “Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78, ed alla macroarea della salute mentale e socio sanitario” ha specificamente quantificato limiti prestazionali e di spesa per la macroarea salute mentale, includendo in essa anche le prestazioni erogate in Case/Comunità Alloggio per pazienti psichiatrici;

c) il DCA n. 14/2017 di approvazione dei “Programmi Operativi 2016 – 2018” per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, all'intervento 6.1 “Rapporti con gli erogatori privati” ha ribadito la finalità, per il triennio di riferimento, di migliorare l'appropriatezza delle attività erogate dai privati accreditati e, all'intervento 19, ha previsto l'aggiornamento dei requisiti delle strutture sociosanitarie;

d) il medesimo DCA n. 14/2017 di approvazione dei Programmi Operativi 2016-2018 ha programmato l'attività del SSR entro limiti che garantiscono gli equilibri finanziari e di bilancio;

e) con nota n. 0508520 del 24/07/2017 la Direzione Generale Tutela della Salute, coerentemente alle previsioni dei Programmi Operativi per il Piano di rientro sanitario ha disposto, a far data dal 1/8/2017, il divieto di rilascio di ulteriori autorizzazioni a strutture Comunità/Case Alloggio per la salute mentale, anche al fine di avere una mappatura aggiornata dell'offerta e programmare il fabbisogno;

VISTI

1. la DGRC 666/2011 che ha fissato la tariffa per le prestazioni rese nelle Comunità alloggio;
2. il DCA 70/2012, che ha fissato la tariffa per le prestazioni rese in strutture denominate Speciali Unità di Accoglienza Permanente – SUAP;
3. il DCA 128/2012 che ha determinato la tariffa per le prestazioni erogate in favore dei malati terminali in strutture denominate Hospice;



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

4. il DCA 110/2014 che ha fissato le tariffe per le prestazioni sociosanitarie erogate dalle RSA/CD anziani non autosufficienti e disabili;
5. il DCA 45/2015 ha approvato le tariffe relative alle prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza (SIRMIV/ SISEM);
6. il DCA 79/2017 che ha modificato ed integrato il DCA 70/2012;
7. il DCA 11/2018 che, a modifica ed integrazione del DCA 193/2016, ha approvato le tariffe per le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate nelle S.I.R. e Centri Diurni;

TENUTO CONTO

- a) del numero di posti letto accreditati Hospice, SUAP, SIR/Centro Diurno Psichiatrico/SIRMIV e SISEM, nonché accreditati e accreditabili ai sensi della L.R 4/2011 art. 1 c. 237 quinquies e seguenti per RSA e Centri Diurni per Anziani e Disabili
- b) delle risultanze della mappatura effettuata circa le strutture Comunità/Case Alloggio per la salute mentale, per le quali risultano 786 posti letto autorizzati alla data del 1/8/2017;

CONSIDERATO che

- a) con DCA n. 32/2018 e ss.mm.ii. sono stati stabiliti i limiti di prestazioni e di spesa per l'assistenza
- b)
- c) residenziale e semiresidenziale per le dipendenze patologiche;

RITENUTO di dover

1. aggiornare la programmazione e fissare per l'anno 2018, con validità anche per l'anno 2019 i volumi massimi di prestazioni e i correlati valori di spesa per la macroarea Assistenza Sociosanitaria – Salute Mentale, RSA e CD per anziani/demenze e disabili, Hospice e SUAP salvo successivi aggiornamenti;
2. rinviare a successivo Decreto l'integrazione della programmazione in considerazione del complesso processo di riconversione in atto delle Case di cura neuropsichiatriche;
3. fissare per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, per l'acquisto da privato, come esposto nell'allegato n. 1 al presente decreto, i volumi massimi di prestazioni, per la macroarea Assistenza Sociosanitaria, comprendente RSA/CD anziani non autosufficienti e disabili, Salute Mentale, Hospice e SUAP, per gli esercizi 2018 e 2019 ed i correlati volumi di spesa al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A., confermata dal DPCM 17 gennaio 2017 con la precisazione che essi non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura;
4. di dover stabilire che le AA.SS.LL.



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

a) debbano fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2018 e 2019, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto, con la specificazione che per il 2018 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2018;

b) debbano stipulare per l'effetto, entro 10 giorni dalla notifica del presente decreto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema allegato 2, da utilizzare anche per la contrattualizzazione delle strutture per assistenza a soggetti con Dipendenze patologiche, e da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;

c) debbano adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente decreto con i centri privati eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali di RSA/CD anziani non autosufficienti/demenze ed RSA/CD disabili (al netto della compartecipazione), SIR, Centri Diurni psichiatrici, SIRMIV e SISEM, Hospice e SUAP, in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2018 e 2019 e per singola tipologia di prestazione;

RITENUTO, altresì

a) che per le Comunità Alloggio i valori di cui all'allegato 1 debbano costituire limiti alle prestazioni e alla spesa per collocamento dei pazienti presso le strutture risultanti autorizzate alla data del 1/8/2017;

b) di confermare il divieto di rilascio di nuove autorizzazioni per strutture Comunità Alloggio, fatta salva la conclusione, entro il 31/10/2018, dei procedimenti amministrativi relativi a istanze già presentate ai Comuni/Ambiti territoriali alla data del 24/7/2017 e non ancora conclusi alla data del 1/8/2017, previa verifica congiunta da parte dell'Ambito territoriale e delle ASL del possesso dei requisiti di cui al Regolamento Regionale n. 4/2014 e DGR n. 107/14 ai fini della condivisa programmazione e verifica dell'istanza;

c) di fare obbligo ai Comuni Capofila degli Ambiti territoriali di trasmettere alle Direzioni Generali Tutela della Salute e Politiche Sociali gli atti di autorizzazione rilasciati ai sensi del precedente punto b);

d) di rimandare a specifico atto commissariale la programmazione e la disciplina di ulteriori accreditamenti di strutture sociosanitarie risultanti autorizzate all'esercizio o in corso di autorizzazione, coerentemente con la programmazione economico-finanziaria dei programmi operativi;

e) che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente decreto debbano applicarsi per l'anno 2018, e per il successivo anno 2019, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;

f) di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, e garantire la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL. Gli stessi saranno ritenuti, pertanto, responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

g) di precisare che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto approvato dal presente decreto, ovvero appongono riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente – fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria – sono da considerarsi prive di contratto, per cui dal 1 agosto 2018 cesserà la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

h) di precisare che i limiti di spesa assegnati ai sensi del presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente decreto;

PRESO ATTO

che nelle riunioni congiunte di verifica del Piano di Rientro, tenutesi il 27/11/2013 ed il 10/4/2014, il Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali ed il Comitato Permanente per i Livelli Essenziali di Assistenza hanno prescritto l'inserimento nei contratti con gli erogatori privati di una "clausola di salvaguardia" ai fini della "tutela della programmazione regionale";

che il DCA 103/2016 "*Definizione per gli esercizi 2016/2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti dei decreti commissariali n. 85 n. 89 dell'8/8/2016*" ha modificato il testo del secondo comma della clausola di salvaguardia, previsto negli schemi di contratto ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e smi dai citati DCA 85 e 89 del 2016;

VISTI

Il Regolamento Regionale n. 4/2014

La DGR n. 107/2014 – Approvazione Catalogo dei servizi sociali

Alla stregua dell'istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dal competente Ufficio della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR

DECRETA

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte:

1. di **aggiornare** la programmazione e fissare per l'anno 2018, con validità anche per l'anno 2019 i volumi massimi di prestazioni e i correlati valori di spesa per la macroarea



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

Assistenza Sociosanitaria – Salute Mentale, RSA e CD per anziani/demenze e disabili, Hospice e SUAP salvo successivi aggiornamenti;

2. di **rinvviare** a successivo Decreto l'integrazione della programmazione in considerazione del complesso processo di riconversione in atto delle Case di cura neuropsichiatriche;
3. di **fissare** per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, per l'acquisto da privato, (secondo quanto esposto nell'allegato n. 1 al presente decreto per formarne parte integrante e sostanziale), i volumi massimi di prestazioni, per la macroarea Assistenza Sociosanitaria, comprendente RSA/CD anziani non autosufficienti e disabili, Salute Mentale, Hospice e SUAP, per gli esercizi 2018 e 2019 ed i correlati volumi di spesa al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A., confermata dal DPCM 17 gennaio 2017;
4. di **precisare** che essi non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura;
5. di **stabilire** che le AA.SS.LL.:
 - *debbano fissare* i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2018 e 2019, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto, con la specificazione che per il 2018 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2018;
 - *debbano stipulare* per l'effetto, entro 30 giorni dalla notifica del presente decreto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema allegato 2, da utilizzare anche per la contrattualizzazione delle strutture per assistenza a soggetti con Dipendenze patologiche, e da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
 - *debbano adottare* delibere aziendali nelle quali daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente decreto con i centri privati eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali di RSA/CD anziani non autosufficienti/demenze ed RSA/CD disabili (al netto della compartecipazione), SIR, Centri Diurni psichiatrici, SIRMIV e SISEM, Hospice e SUAP, in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2018 e 2019 e per singola tipologia di prestazione;
6. di **stabilire**, altresì, che per le Comunità Alloggio i valori di cui all'allegato 1 costituiscono per le ASL limiti alle prestazioni e alla spesa per collocamento dei pazienti presso le strutture risultanti autorizzate alla data del 1/8/2017;
7. di **confermare** il divieto di rilascio di nuove autorizzazioni per strutture Comunità Alloggio, fatta salva la conclusione, entro il 31/10/2018, dei procedimenti amministrativi relativi a istanze già presentate ai Comuni/Ambiti territoriali alla data del 24/7/2017 e non ancora conclusi alla data del 1/8/2017, previa verifica congiunta da parte dell'Ambito territoriale e delle AA.SS.LL. del possesso dei requisiti di cui al Regolamento Regionale n. 4/2014 e della DGR n. 107/14 ai fini della condivisa programmazione e verifica dell'istanza;



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

8. di **fare obbligo** ai Comuni Capofila degli Ambiti territoriali di trasmettere alle Direzioni Generali Tutela della Salute e Politiche Sociali gli atti di autorizzazione rilasciati ai sensi del precedente punto 6;
9. di **rimandare** a specifico atto commissariale la programmazione e la disciplina di ulteriori accreditamenti di strutture sociosanitarie risultanti autorizzate all'esercizio o in corso di autorizzazione, coerentemente con la programmazione economico-finanziaria dei programmi operativi;
10. di **precisare** che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente decreto si applicano per l'anno 2018, e per il successivo anno 2019 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;
11. di **stabilire** che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali, e ai Comuni capofila degli Ambiti territoriali;
12. di **fare obbligo**, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, nonché la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL; gli stessi saranno ritenuti, pertanto, responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
13. di **precisare** che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto approvato dal presente decreto, ovvero appongono riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente – fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria – sono da considerarsi prive di contratto per cui, dal 1 agosto 2018, cesserà la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);
14. di **trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;
15. di **trasmettere** copia del presente decreto al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Campania nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Il Direttore Generale per la Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA



Regione Campania

**Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

**Limiti di prestazioni RSA/CD anziani e disabili - Hospice - SUAP - Salute
Mentale**

ASL	RSA/CD ANZIANI- RSA/CD DISABILI	HOSPICE/SU AP	SALUTE MENTALE	TOT.	Comunità Alloggio
AV	117.216	2.920	3.650	123.786	16.172
BN	82.560	0	0	82.560	11.872
CE	154.261	12.136	28.240	194.637	28.243
NA1	109.131	0	0	109.131	35.999
NA2	133.138	5.475	13.300	151.913	38.666
NA3	140.809	13.870	3.650	158.329	44.307
SA	276.469	0	0	276.469	43.743
	1.013.584	34.401	48.840	1.096.825	219.000

ALLEGATO 1

**Limiti di spesa al netto della compartecipazione RSA/CD anziani e disabili
- Hospice - SUAP - Salute Mentale**

ASL	Mgl/euro RSA/CD ANZIANI- RSA/CD DISABILI	Mgl/euro HOSPICE/SU AP	Mgl/euro SALUTE MENTALE	TOT. IN MGL/EURO	Comunità Alloggio netto compartecipazione
AV	7.818	523	588	8.929	574
BN	5.017	0	0	5.017	421
CE	10.352	3.060	3.936	17.349	1.002
NA1	6.871	0	0	6.871	1.277
NA2	8.532	980	1.852	11.364	1.371
NA3	10.827	3.497	633	14.957	1.572
SA	18.233	0	0	18.233	1.552
	67.650	8.060	7.010	82.720	7.768

Allegato 2

Contratto tra:

Contratto tra

Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):

con sede legale in (Prov: ___ ; CAP: _____) – Via
.....n°.....

rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF

come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto, gestore della struttura denominata.....con sede operativa nel Comune di.....

alla Via.....autorizzata all'esercizio ai sensi della dgrc n. 3959/2001 e smi con provvedimento n. _____ del Comune di _____, accreditata con il SSR con Decreto n. _____ del _____

ovvero dichiarata accreditabile ai sensi della L.R 4/2011 art. 1 c. 237 quinquies e seguenti per RSA e Centri Diurni per Anziani e Disabili per attività sanitaria sociosanitaria in regime residenziali e/o semiresidenziali della macroarea sanitaria e sociosanitaria di RSA disabili e anziani non autosufficienti, SIR/SIRMIV/SISEM, Hospice e SUAP (Residenza Sanitaria Assistenziale/Centro Diurno per anziani non autosufficienti, Residenza Sanitaria Assistenziale/Centro Diurno per disabili non autosufficienti, S.I.R./Centro Diurno psichiatrico, SIRMIV/SISEM, Hospice, Speciali Unità di Accoglienza Permanente.);

il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che non si trova in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa
- c) che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del ___/___/201___.

E

L'Azienda Sanitaria Locale..... con sede in Partita IVA:

..... rappresentata dal Direttore Generale....., nato a il, munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n. del .../.../.....

PER

regolare i volumi di prestazioni e economici, e le tipologie delle prestazioni afferenti alle attività sanitarie e sociosanitarie della macroarea assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per RSA per disabili e anziani non autosufficienti/demenze, Salute Mentale, Hospice e Suap (come definita nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"), da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2018 (nonché nel 2019) redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ___ del ___ / ___ / 2018.

PREMESSO

- che con decreto n. ___ del ___ / ___ / 2018 il Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato il fabbisogno di prestazioni

Allegato 2

affendenti le attività territoriali sociosanitarie e sanitarie di RSA disabili e anziani non autosufficienti, Salute Mentale, Hospice e Suap in regime residenziale e semiresidenziale per il biennio 2018-2019, che rappresenta pertanto la quantità di prestazioni che il SSR può erogare, ferma restando la compatibilità con la disponibilità di risorse finanziarie e con gli equilibri finanziari, e ha adottato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2**(oggetto e durata)**

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni afferenti alle attività sanitarie e sociosanitarie di Salute Mentale, Hospice, Suap e RSA per disabili e anziani non autosufficienti in regime residenziale e semiresidenziale (come definita nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") e s.m.i., che la ASL _____ acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2018 (nonché nel 2019), da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare dette prestazioni da erogarsi nel corso dell'anno 2018 nonché nel 2019.

Art. 3**(quantità delle prestazioni)**

1. Il volume di prestazioni che la ASL, entro il limite massimo attribuito alla ASL, prevede di dover acquistare annualmente nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2018 nonché nel 2019 dalla sottoscritta struttura privata e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2018 nonché dal 1/1/2019 al 31/12/2019, è determinato in:

In regime residenziale (contratti separati per RSA, SUAP, Hospice, Salute Mentale)

- | | |
|---|----|
| a) prestazioni in RSA disabili non autosufficienti | N° |
| b) prestazioni in RSA anziani non autosufficienti – demenze | N° |
| c) prestazioni in Hospice | N° |
| d) prestazioni in S.U.A.P. | N° |
| e) prestazioni Salute Mentale (SIR, SIRMIV, specificare) | N° |

In regime semiresidenziale (contratti separati per RSA, SUAP, Hospice, Salute Mentale)

- | | |
|--|----|
| a) prestazioni Centro Diurno per disabili non autosufficienti | N° |
| b) prestazioni Centro Diurno Anziani non autosufficienti - demenze | N° |
| c) prestazioni Centro Diurno psichiatrico/SISEM (specificare) | N° |

Art. 4**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 3 sono valorizzate al netto della quota di compartecipazione a carico dell'Utente/Comune/Ambito Territoriale e vengono remunerate

Allegato 2

- applicando le seguenti tariffe: a) per le prestazioni sociosanitarie in RSA/CD sono applicate le tariffe approvate con DCA n. 110/2014; b) per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie di salute mentale sono applicate le tariffe approvate con il DCA 45/2015 e DCA 11/2018 salvo eventuali modifiche successive ad osservazioni dei Ministeri affiancanti; c) per le prestazioni sanitarie erogate in favore dei malati terminali in strutture denominate Hospice il DCA 128/2012; d) per le prestazioni rese in strutture denominate Speciali Unità di Accoglienza Permanente – SUAP il DCA 70/2012, o il DCA 79/2017 laddove le strutture si siano adeguate ai requisiti aggiornati;
2. Il limite di spesa e, quindi, il fatturato a carico della ASL, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2018, ovvero per il periodo 1/1/2019 – 31/12/2019, corrispondente al volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
 - a. per le prestazioni in _____ (riportare la tipologia: RSA disabili, RSA anziani, SIR, SIRMIV, Hospice, SUAP) in regime residenziale: Euro (al netto della quota di compartecipazione a carico dell'Utente/Comune/Ambito Territoriale, di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
 - b. per le prestazioni in _____ (Centro Diurno disabili, CD anziani/demenze, CD psichiatrico, SISEM) in regime semiresidenziale: Euro (al netto della quota di compartecipazione a carico dell'Utente/Comune/Ambito Territoriale, di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
 3. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente l'ASL e la sottoscritta struttura privata potranno rimodulare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa, entro i limiti prestazionali aziendali in caso di disponibilità di prestazioni non erogate complessivamente dai centri erogatori ricadenti nella ASL medesima. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2018: pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto consumo massimo.
 4. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.

Art. 5**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni sociosanitarie a compartecipazione con Utente/Comune/Ambito Territoriale, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente/Comune/Ambito Territoriale la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011 per le RSA disabili e anziani non autosufficienti. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie/sociosanitarie oggetto del presente contratto, salvo espresso e diverso provvedimento regionale, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è

Allegato 2

ammissibile un superamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie/sociosanitarie meno appropriate.

Art. 6**(Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni)**

1. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla redazione e aggiornamento periodico del progetto assistenziale individualizzato (PAI) redatto dall'UVI, nel caso di prestazioni sociosanitarie partecipate, o da altro organismo di valutazione multidimensionale specificamente individuato dalla ASL per le altre tipologie di prestazioni oggetto del presente contratto.
2. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto assistenziale e dell'autorizzazione, segnalando tempestivamente alla ASL eventuali irregolarità o anomalie. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione.

Art. 7**(Obblighi della struttura erogatrice)**

1. La struttura erogatrice sottoscritta, concorre al raggiungimento e rispetto di obiettivi di sanità pubblica, favorendo le condizioni di maggiore appropriatezza erogativa.
2. Pertanto essa si impegna a svolgere le attività e a erogare le prestazioni nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi indicati nel PAI, relazionando o riferendo al competente servizio aziendale che ha in carico il paziente circa l'andamento del progetto, anche proponendo aggiornamenti o revisioni.
3. La struttura erogatrice si obbliga a soddisfare i debiti informativi stabiliti dalle normative ministeriali (NSIS – FAR – SISM - STS), dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informatici individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento alla alimentazione del File H e del portale SANIARP secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL.
4. La struttura erogatrice si obbliga a collaborare con i programmi regionali e aziendali di verifica dell'appropriatezza, congruità e legittimità delle prestazioni, predisponendo e mantenendo condizioni organizzative necessarie e utili al corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.

Art. 8**(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. membri di cui n. designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. membri nominati dalla ASL. Il Tavolo viene convocato ogni due mesi.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari (legali rappresentanti) di strutture erogatrici ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:

Allegato 2

- a. monitoraggio congiunto dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti prestazionali di cui all'art. 3 e di spesa definiti dall'art 4;
 - b. esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che motivatamente procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
 5. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 9.

Art. 9**(modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 95% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono.
3. Il pagamento del saldo, pari al 5% oltre IVA se dovuta, sarà fatturato nel modo seguente:
 - entro il 31 maggio per le fatture del primo trimestre (gennaio-febbraio-marzo)
 - entro il 31 agosto per le fatture relative al secondo trimestre (aprile-maggio-giugno)
 - entro il 30 novembre per le fatture relative al terzo trimestre (luglio-agosto-settembre)
 - entro il 28 febbraio dell'anno successivo per le fatture relative al quarto trimestre (ottobre-novembre-dicembre)Il diritto al pagamento dei suddetti saldi maturerà entro sessanta giorni dalla data della fattura
4. L'ASL, entro trenta giorni prima dei termini di cui al comma 3, al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, comunicherà alla struttura quanto liquidabile a saldo; ed eventualmente richiede alla sottoscritta struttura privata eventuali note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4 e art. 9;
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il pagamento delle fatture emesse a saldo in corso d'anno non potrà essere effettuato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento della COM in maturazione.
6. Ai fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella

Allegato 2

misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:

- a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
- b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
- c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
- d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.

8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.

9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.

10. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: _____;

presso: _____;

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____;

impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 10**(efficacia del contratto)**

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2018 nonché per il periodo 1/1/2019 – 31/12/2019
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 11**(norme finali)**

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ___ del ___ / ___ / 2018 sopra citato.

Art. 12**(Clausola di salvaguardia)**

Allegato 2

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla/alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente accordo/contratto.

..... , ____ / _____ 2018

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata